

**Demande de prise en charge des produits diététiques  
à base d'a.a. synthétiques libres**

Matricule du patient	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _ _
Nom et prénom				
Nom du médecin prescripteur				
Code médecin	_ _ _ _ _			DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

**Diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache avec :**

1. Clinique :
- Allergie prouvée aux hydrolysats poussés (à préciser): .....
  - Syndrome des allergies alimentaires multiples (à préciser): .....
  - Retard de croissance staturo-pondérale associé (à préciser): .....
  - Dermateite atopique extrêmement sévère (score AD > 75/103): .....
  - Autres (à préciser): .....

2. Tests cutanés ou sanguins ayant permis de poser le diagnostic d'allergie aux protéines de lait de vache ou éventuellement d'allergie aux hydrolysats
- Prick-tests (résultats en mm): .....
  - Patch-tests (Atopy – résultats en +): .....
  - Ig E spécifiques (kU/l): .....

3. Date prévue de la réintroduction du lait de vache: .....

**Diagnostic du syndrome du grêle court:** .....

Je soussignée certifie que l'enfant mentionné ci-dessus remplit les conditions nécessaires pour obtenir la prise en charge de la spécialité:

.....

La présente est à renvoyer au **Service Médicaments et Dispositifs Médicaux** du Département Fournitures et Médecine Préventive de la CNS, Fax: (+352) 40 78 50 – 125, route d'Esch – L-1010 Luxembourg

Cachet, signature et date	
---------------------------	--